

## Sobre um caso de lesões duplas do esofago e piloro por ingestão de liquido caustico.

por

Jacy Carneiro Monteiro

Docente Sibre de Clinica Cirurgica

Judith S. de 32 anos de idade, branca, solteira, baixa á 10.<sup>3</sup> Enfermaria, com dores intensas no abdomen superior, vomitos e estado geral precario; seus antecedentes hereditarios e pessoais nada mostram digno de nota.

Ao contrario, para explicação da molestia atual um fato avulta logo ao inicio da anamnese, cerca de um mês, levada por motivos de ordem pessoal, tentou contra a existencia, e para tal ingeriu uma solução de soda caustica concentrada. Logo ás primeiras sensações dolorosas, seus parentes descobriram o facto, e chamaram a Assistencia que lhe fez uma lavagem no estomago e lhe applicou uma medicação per os, deixando-a grandemente melhorada de seu mal. Dois dias após começou a sentir dôres constantes na boca, pescoco e estomago, estas dôres acentuavam-se durante a alimentação, que era quasi sempre liquida. Consultou um medico que lhe ministrou uma poção e um pó que não lhe trouxeram melhoras de especie alguma. Seu mal foi aumentando rapidamente, tinha muita dificuldade para engulir e alimentava-se só com leite e chá, tomando estes liquidos em pequenos goles para não se engasgar (sic).

Sentia que estava emagrecendo rapidamente, porém seu estomago mantinha-se crescido e doloroso, suas evacuações eram muito escassas, passando quatro a cinco dias sem defecar, urinas raras e escuras: ultimamente apareceram-lhe vomitos duas a tres vezes ao dia e muito azedados (sic).

A' medida que decorria o tempo, seu mal progredia, as dôres do estomago eram persistentes e não lhe deixavam dormir, a deglutição tornava-se cada vez mais penosa, e como se achasse muito enfraquecida, resolveu baixar ao hospital da Santa Casa. O exame clinico revela uma mulher consideravelmente emagrecida, pele amarelada e seca, trazendo na fisionomia a mascara da angustia e do sofrimento. O rosto grandemente escavado, os olhos desmesuradamente abertos, fixam-se sobre nós na ansia de um lenitivo para seus males.

Encontra-se deitada no leito, em attitude de desconforto; sua voz é fraca e arrastada, seus gestos são lentos e imprecisos, colocando as mãos descarnadas sobre o ventre nos indica que seu maior sofrimento ali reside. Pulso 110 ritmico e um tanto depressivel; temperatura axilar 36°2.

Torax emagrecido mostrando o desenho nitido das costelas e esterno. Dirigindo a nossa inspecção para o ventre, notamos que a porção superior deste estava muito destendida, apresentando na região epigas-

trica e hipocondrios direito e esquerdo, uma elevação arredondada como se fosse uma cúpula, cujo limite inferior descia abaixo das cristas ilíacas, e era perfeitamente limitada por uma linha horizontal curva com a concavidade dirigida para cima.

Não havia circulação colateral, mudança de coloração, solução de continuidade etc. no tegumento da parede do ventre; nenhum movimento foi percebido que pudesse sugestionar contrações peristálticas de alças intestinais.

Respiração tipo torácica, abdômen imóvel.

Pela palpação notamos que o ventre estava muito distendido, principalmente no seu andar superior, como se fosse uma bola de borracha, deixando-se deprimir muito pouco; palpando o limite inferior da elevação notamos uma borda nítida ao nível da linha bis-ilíaca, como se fosse um grande estômago distendido, e si este limite inferior constituísse a sua grande curvatura.

A doente acusava grande dor á palpação e rogava insistentemente que terminássemos o nosso exame. Pela percussão notamos no epigastro e hipocondrios timpanismo exagerado, mas baixando o nosso exame encontramos som maciço ao redor da cicatriz umbelical, e que se continuava para os lados até a proximidade das espinhas ilíacas anteriores e superiores; no hipogastro e fossas ilíacas timpanismo discreto. O ventre estava distendido mas era depressível, não havia em região alguma o sinal de contratura muscular.

Tivemos a impressão após esta série de exames que o estômago da paciente estava enormemente dilatado, ocupando duas terças partes da cavidade abdominal.

Toque retal ligeiramente doloroso, não havia massas indurecidas, nem estenose deste conduto. Fundo de saco vaginal negativo ao exame, não existia o "grito do Douglas" de *Proust*. Rins não palpáveis e não dolorosos.

Fígado e bço em seus limites normais.

Aparelhos respiratório e cardíaco sem grandes alterações dignas de nota; 26 respirações por minuto.

Membros inferiores profundamente emagrecidos, presença de edema ao nível dos maleolos. Durante o exame clínico a doente vomitou leite que tomara poucos minutos antes. Boca em mau estado, inúmeros dentes avariados, garganta séptica. Língua seca e saburrosa. Sensorio bastante alterado, a doente responde com imprecisão e lentidão ás nossas perguntas, e apresenta grande prostração, com tendência ao sono, que era despertado a todo o momento, pelas fortes dores que sentia no estômago.

Diante deste quadro, uma rapariga de 32 anos de idade, tendo em seu passado próximo, uma história de ingestão de soda cáustica, com grande emagrecimento, disfagia intensa, regurgitações e vômitos, achamo-nos á vontade para fazer o nosso diagnostico de estenose cicatricial do esôfago.

Até aqui tudo muito bem, o diagnostico desta entidade clínica, nada apresenta de difícil, e pôde ser feito mesmo até pelo telefone, como nos diz Mayo para as úlceras duodenais.

Mas o que realça no caso presente, é a grande distensão do estomago, que se apresenta muito aumentado de volume, ocupando quase todo o ventre como referimos ha pouco, e excessivamente doloroso.

Este foi o ponto que julgamos importante e raro nesta observação, pois estamos muito habituados a vêr e operar, casos de estenose cicatricial do esofago e nunca deparamos com um quadro semelhante a este.

A estenose cicatricial do esofago é muito comum nos serviços de cirurgia, principalmente nas mulheres, pois a tentativa de suicidio mais comum deste sexo é pela ingestão de liquido caustico; em dez anos de atividade na 10.<sup>a</sup> Enfermaria temos operado inumeros casos destes, fazendo sempre a gastrostomia como terapeutica definitiva, na ausencia de um serviço de esofagoscopia que podesse minorar a sorte dessas infelizes, pela dilatação simples ou electrolitica do esofago, como aconselha Guysez e outros.

Dos casos por nós operados, lembramo-nos de dois por serem os mais interessantes, o 1.<sup>o</sup> pela pouca idade da paciente, uma menina de cinco anos, que ingeriu uma solução de soda caustica que encontrou ao seu alcance.

O 2.<sup>o</sup> caso tratava-se de uma rapariga de 16 anos de idade, que numa tentativa de suicidio, ingeriu tambem certa dόse de caustico; esta doente, operada quarenta dias depois, apresentava-se com o esofago completamente impermeavel, o que foi constatado pela radiologia, e em grande estado de depauperamento; fizemos-lhe a fistula gastrica pelo processo de Fontan, e restabeleceu-se rapidamente, recuperando varios quilos em poucos dias.

Cinco meses depois da operação reapareceu no nosso serviço em ótimas condições de saúde, pedindo o fechamento da fistula gastrica, pois estava se alimentando muito bem pela boca. De facto, ingeria com facilidade a agua, leite, mingaus, sopas etc., que alcançavam rapidamente ao estomago e saiam pela fístula gastrica; a radiografia tambem evidenciava um canal ao nivel da região esofagiana, por onde passava bem o bario. Possivelmente um processo de esofagite ao mesmo tempo da ulceração caustica, auxiliou a obliteração total do esofago, e a fistula gastrica estabelecendo o repouso esofagiano, fez ceder a esofagite e o canal tornou-se permeavel aos liquidos.

Satisfazendo aos rogos insistentes da doente, fechamos a sua fistula gastrica e lhe recomendamos que tivesse muito cuidado com a sua alimentação. Passados dois meses volta a paciente ao serviço mais emagrecida, dizendo que fora comer um pedaço de xarque, e que uma porção deste, com certeza lhe obliterara o esofago, pois não conseguia mais fazer passar os liquidos; os vomitos estavam reaparecendo e já perdera varios quilos. Nόvamente lhe refizemos a fistula gastrica.

Fechando este parentesis sobre os casos por nós observados, e onde nunca encontramos uma dilatação concomitante do estomago, voltamos á nossa paciente, cuja historia constitue o "leit-motiv" dessa observação. Querendo investigar mais profundamente, fizemos conduzir a doente para o gabinete de radiologia, afim de colhermos informações sobre o estado do esofago e piloro, e buscar uma explicação para excessiva distensão gastrica que apresentava.

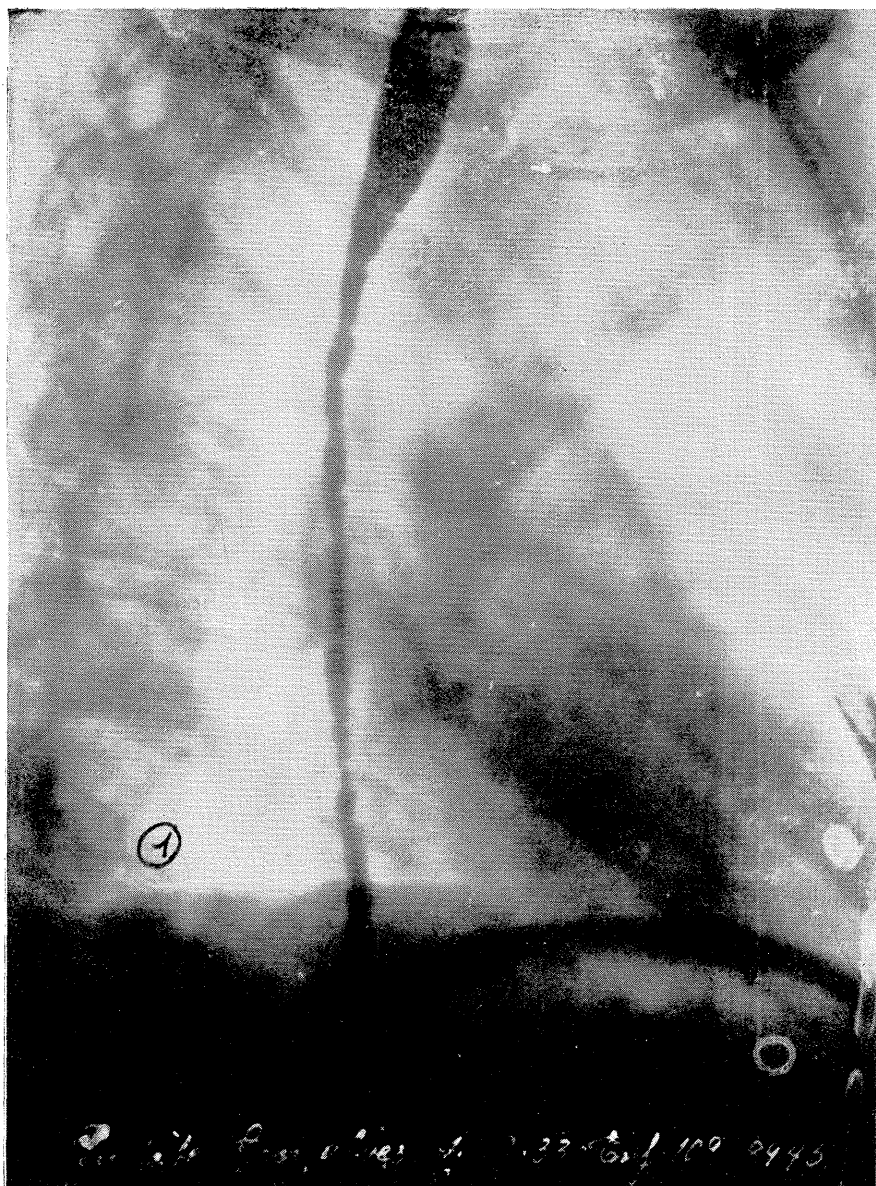


Fig. 1 — A estenose esofagiana.

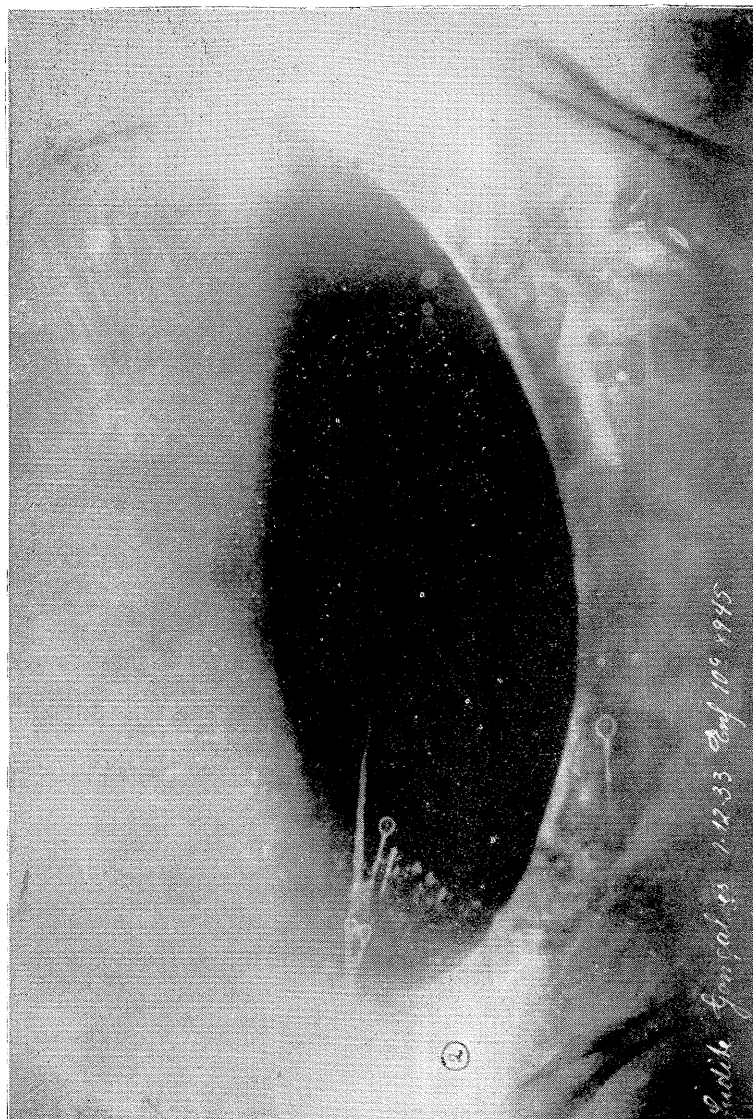


Fig. 2 — Estenose pilórica e considerável dilatação gástrica.

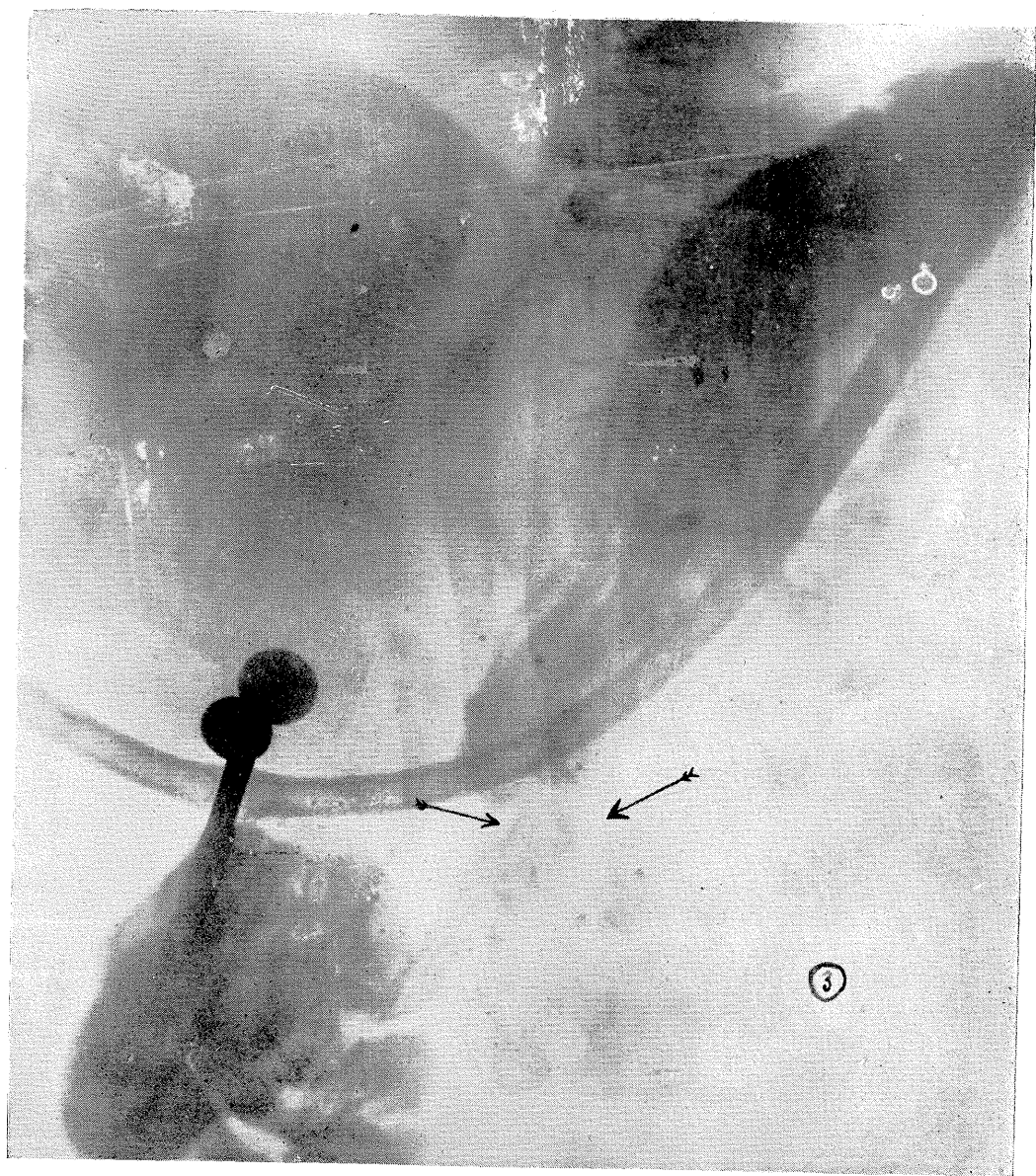


Fig. 3 — Radio da gastroenterostomia mostrando seu ótimo funcionamento.

A radiografia do esofago nos informou que este canal (fig. 1) achava-se estenosado em quasi toda a sua porção toracica, excepto seu terço superior, onde notava-se uma ligeira dilatação supra strictural.

Quanto ao estomago a radiologia mostrou uma formidavel bolsa gastrica, ocupando grande parte do ventre, com a configuração de estomago em meia lua; o fundo ultrapassava a linha bisiliaca e seu grande eixo transversal antepunha-se quase ao diametro transverso do abdomen. Havia uma grande camara de ar e o piloro estava completamente obstruido, não permitindo a minima passagem de liquido opaco para o duodeno (fig. 2).

O liquido caustico alem de estenosar o esofago como é bastante frequente, obliterara tambem o piloro trazendo tambem grande distensão gastrica. Esta dupla lesão de extensa parte do esofago e piloro que observamos nesta doente constitue ao nosso vêr uma fôrma bastante rara destes accidentes por ingestão de caustico, pois como dissemos acima, estavamos habituados a observar casos de estenose esofagiana isoladas, mas a concomitancia da existencia de estenose pilorica é de todo excepcional.

Consultando regular numero de trabalhos sobre queimaduras do esofago e estomago, poucas referencias encontramos a respeito da existencia destas duas lesões no mesmo doente. *Lucena* no "Tratado de Traumatologia Clinica", faz alusão ás estenoses do piloro por queimaduras e indica a gastro-enterostomia, mas silencia sobre a existencia ao mesmo tempo de lesões esofagianas.

*Bruce*, de Toronto, nos "Annals of surgery" de Novembro de 1930 relata um caso de estenose do piloro por ingestão de acido sulfurico; a doente foi socorrida imediatamente, alcalinos foram usados em abundancia após lavagens repetidas do estomago, e 15 dias depois aparecia o syndrome de estase gastrica com obstrução completa do piloro. Neste caso de *Bruce* o esofago não apresentava a minima lesão, e o bario chegava ao estomago no tempo normal do seu transito; havia pois lesão grave do piloro sem alteração esofagiana.

*Moynihan* examinando peças de museu, e inumeros casos de ingestão de liquidos causticos, diz que as lesões mais comuns são nos labios, boca, faringe e primeira porção do esofago, vindo em segundo plano as estenoses esofagianas justacardiacas, e por ultimo as estenoses do piloro.

*Keetley*, citado por *Bruce*, diz que em dois casos que operou de estenose pilorica por liquido caustico, encontrou o piloro e antro transformados num tubo rigido e macisso, como se fosse uma salsicha, mas não relata lesões esofagianas presentes.

*Corachan*, em seu moderno livro sobre cirurgia gastrica, estudando as queimaduras do estomago causadas por ingestão de causticos, diz que a regra é a lesão isolada do esofago, constituindo raridade as lesões duplas do esofago e piloro, pela queda de escaras e consequente estenose cicatricial desse conduto. *Quenu* e *Pilliet* em trinta casos de ingestão de substancias causticas, só observaram sete vezes a lesão dupla de esofago e piloro.

*Delore* e *Patel* citados por *Corachan* fazem uma classificação para



estas lesões e dividem-nas em tres grupos: 1) estenose isolada do esofago — a mais comum; 2) estenose pilorica isolada — menos comum; 3) lesões estenosantes do esofago e piloro no mesmo doente — muito raras.

Incerrando estes comentarios voltemos ao nosso doente; estavamos diante de uma estenose cicatricial do esofago, com obliteração completa do piloro por ingestão de um liquido caustico. Este diagnostico, pelo aspecto clinico do caso, perturbações da deglutição e disfagia, regorgitações e distensão enorme do estomago, era confirmado plenamente pela radiologia que revelou as lesões já acima descritas.

Diante deste quadrourgia uma solução immediata; o grande sofrimento da paciente e seu estado precario assim o exigiam. Resolvemos intervir depois de fortificar a enferma com tonicardiacos e fartas infusões de soro artificial subcutaneo. Qual intervenção praticar?

Uma gastrostomia para suprimir a grande distensão gastrica e alimentar a doente? Mas, a estenose pilorica?

Uma gastro-enterostomia com fim de drenar o estomago que estava com o piloro obliterado? Mas a estenose esofagiana?

Uma jejunostomia com sonda de demora para alimentação immediata do paciente? Mas o grande estomago distendido e doloroso sofrimento maximo do paciente, como drena-lo e impedir a hiper-secreção gastrica continua?

O problema apresentava-se complicado de momento, dada a urgencia da terapeutica reclamada pelo mau estado geral da doente.

Resolvemos, como nos ensina *Moynihan*, começar pela gastrostomia seguida immediatamente de uma gastroenterostomia. Anestesia geral pelo eter em fraca dóse. Escolhemos o processo de Fontan, incisamos o ventre a dois dedos transversos abaixo da arcada costal esquerda, na extensão de quatro centimetros, atravessamos a aponevrose, separamos as fibras do grande reto do abdomen, seccionamos a bainha posterior deste musculo e abrimos o peritoneo, deparando então com um enorme globo gastrico, cuja tensão era consideravel; tentamos varias vezes pinça-lo com um Kocher, depois com pinças de Parabeuf, em seguida com clamps de Pauchet e não conseguimos fixa-los no estomago, tal era a distensão deste orgão. Lançamos mão então de uma agulha curva e passamos dois fios de seda forte atravez da parede do estomago, como se faz com a bexiga na talha hipogastrica.

Por intermedio dos fios de seda, fixamos o estomago na parede do ventre e introduzimos nele um forte trocart do aparelho de aspiração, retirando dois litros e meio de um liquido enegrecido e de odor azedo, contendo particulas alimentares e pequenos grumos de leite.

Depois de esvaziar o estomago preparamos o cone gastrico, adaptamos uma sonda de Nelaton n.º 20 e invertemo-la para dentro do estomago, conforme a tecnica habitual; estreitamos a ferida operatoria com crina, dois pontos de cada lado da sonda de demora. Terminada esta primeira fase operatoria, passamos para a segunda parte da nossa terapeutica cirurgica.

Uma incisão mediana é praticada do apendice xifoide á cicatriz umbelical, abrimos o ventre nessa extensão e examinamos claramente o estomago que estava muito aumentado de volume como a radiografia e o



exame clinico tinham mostrado; sua tunica serosa era normal e este orgão não estava aderente aos tecidos vizinhos. Dirigindo nosso exame para o piloro notamos que ele estava livre de adherencias tambem, mas extremamente endurecido como se fosse um anel rigido, porém não avançava para o antro como na observação de Keetley. Após este exame, fendemos o mesocolon transverso, e puxamos atravez desta brecha o estomago, praticando uma gastroenterostomia com alça curta, tendo o cuidado de fazer uma larga boca de anastomose de quatro centímetros sobre o antro pilorico. Reconstrução operatoria e fechamento de ventre em tres planos.

A doente é reconduzida ao leito e convenientemente aquecida, seu pulso é fraco e bate 120 vezes por minuto; regular estado de choque; 200 cms. cubicos de sôro fisiologico quente lhe são injetados na veia do cotovelo, 500 c. c. de sôro glicosado sob o musculo peitoral, oleo canforado, cafeina e efedrina lhe são ministrados.

A operação foi realizada ás nove horas da manhã, ás 12 o estado da doente apresenta ligeiras melhoras, e ás 18 o choque já está debelado; a paciente acusa sensiveis melhoras da dôr epigastica, mas seu estado de enfraquecimento era ainda muito grande.

No dia immediato á operação, começamos a alimentar a doente com leite e nos dias que se seguiram foram introduzidos pela sonda gastrica ovos, mingaos etc.

Seis dias após a operação o estado de adinamia da paciente continua intenso, máu grado os estimulantes que lhe são applicados; mantem-se quase sempre com os olhos fechados, responde vagarosamente as perguntas que lhe são dirigidas e permanece num estado de sonolencia.

As urinas são raras apesar do uso diario do sôro glicosado e o edema maleolar sobe até perto do joelho. Uma dosagem de ureia acusa 1gr.50 %o.

Uma nova radiografia do estomago foi feita, e o bario injetado pela sonda gastrica, passava rapidamente para o jejuno, mostrando que a gastroenterostomia funcionava perfeitamente (fig. n.º 3).

No 10.º dia da operação, apesar dos nossos esforços terapeuticos, a doente encontrava-se anurica, a respiração era superficial, o pulso incontavel, as extremidades frias, e a paciente morre ás quatro horas da tarde em plena caquexia.

O motivo da divulgação deste caso, encontra justificativa na grande raridade entre nós das lesões duplas, apresentadas por esta doente; estenose consideravel de esofago e ao mesmo tempo obstrução pilorica com grande distensão gastrica, causadas pela ingestão do liquido caustico.